



**Fiche d'Inscription 6-12 ans**  
**Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE® LYON**  
**- CHARIAL 6/12 ANS -**  
**Vacances de Printemps 2020**

<b>Dates</b>	<b>Thématiques</b>
20 au 24 Avril 2020	Police Scientifique
27 au 30 avril 2020 (attention semaine de 4 jours)	Photographie

**24 places maximum disponibles par semaines**

**Horaire d'ouverture du centre : De 8h à 17h45**

**(Accueil de 8h à 9h et Sortie de 17h à 17h45)**

J'inscris mon enfant .....,  
né-e le..... à la (aux) semaine-s  
suivantes : (merci de cocher les cases correspondantes) :

	20 au 24 Avril 2020
	27 au 30 avril 2020 (attention semaine de 4 jours)

Établissement scolaire de mon enfant (champ non obligatoire. Cela nous permet de réaliser des diagnostics en partenariat avec la Ville de Lyon) :

.....  
.....



### **Informations générales :**

Le stage a lieu **tous les jours de 8h00 à 17h45** dans les locaux de l'école CHARIAL, 25 rue Charial, 69003 LYON.

Il est possible de récupérer les enfants plus tôt dans la journée ou pour manger avec eux le midi. Il suffit de remettre une décharge écrite (à la personne en direction du centre pendant les vacances) désengageant EbulliScience® de sa responsabilité, en précisant le jour et heure concerné.

Les parents s'engagent à **fournir un repas pour le midi** (nous disposons de micro-onde et d'un frigo) à leur-s enfant-s, ainsi que les couverts et ustensiles nécessaires au repas.

Le goûter est pris en charge par EbulliScience®.

A la fin du centre, les familles peuvent demander au responsable du centre de loisirs de leur remettre la fiche sanitaire de leur enfant, s'ils souhaitent la conserver pour une prochaine inscription.

### **Fiches Contacts :**

NOM et PRÉNOM du-des parent-s, ou du responsable légal (Obligatoire) :

-  
-

TÉLÉPHONE DU-DES PARENT-S, ou du responsable légal, (Obligatoire) :

-  
-

E-MAIL du-des parents, ou du responsable légal (obligatoire ou alors merci de préciser si vous ne disposez pas d'adresses mail personnelles. Également merci de bien vouloir veiller à être bien lisible car votre confirmation d'inscription vous sera envoyée par mail à cette adresse) :

-



**Autorisation de rentrer seul-e** (cocher la case correspondante) :

- J'autorise mon enfant à rentrer seul-e à partir de 17h00
- Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul-e et je m'engage à venir le chercher tous les jours entre 17h et 17h45.

Merci de mentionner les noms et prénoms des personnes autres que les parents (ou responsable légaux) pouvant venir récupérer les enfants :

Noms :  
Prénoms :

Noms :  
Prénoms :

**Les enfants sont sous la responsabilité d'EbulliScience®. Seules les personnes inscrites sur cette fiche pourront récupérer les enfants le soir à la sortie du centre.**

**Modalités d'Inscriptions :**

Une inscription ne peut être confirmée qu'à la réception **du paiement** (cf. Grille Tarifaire : <https://www.ebulliscience.com/accueils-de-loisirs.html> → Rubrique Informations Pratiques en bas de page) **et du dossier complet** (documents obligatoires : fiches d'inscription, fiche sanitaire, attestation de quotient familial si nécessaire) adressé à :

**Ebulliscience®  
12 rue des Onchères  
BP 112  
69512 Vaulx-en-Velin**

Les familles peuvent également envoyer le dossier d'inscription par mail ([alsh@ebulliscience.com](mailto:alsh@ebulliscience.com)) pour avoir une trace de l'envoi du dossier d'inscription en cas de soucis dans le transfert postal ou pour d'autres raisons.



Les locaux de l'association EbulliScience® (cf. adresse ci-dessus) sont aussi ouverts aux familles pour recevoir en main propre les dossiers d'inscription et paiement (type chèque vacances ou CB) du lundi au vendredi de 9h15 à 11h45 et de 13h45 à 16h30 (hors fermetures annuelles ou exceptionnelles).

Attention cependant, les dossiers ne seront pas forcément enregistrés de suite mais ils seront classés, par ordre chronologique jusqu'à leur traitement.

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter EbulliScience® :  
alsh@ebulliscience.com  
06 51 57 14 84

**Respect du cadre réglementaire et sanitaire (Cocher les cases et signer le document est obligatoire pour toutes les inscriptions) :**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils de Loisirs, disponible en libre-accès sur le site internet d'EbulliScience® ([www.ebulliscience.com/accueils-de-loisirs](http://www.ebulliscience.com/accueils-de-loisirs)), et m'engage à le respecter et à le communiquer à mon enfant.

Je donne autorisation à la personne en charge de la direction de l'Accueil de Loisir EbulliScience® – Anatole France, d'hospitaliser mon enfant au sein d'un hôpital public (ou privée si nécessaire) en cas d'urgence et après avoir préalablement contacté un service de secours (Pompiers et/ou Samu).

J'ai pris connaissance que, parfois, des sorties, organisées par EbulliScience®, peuvent être prévues durant la semaine de centre de loisirs, et je reconnais que je devrais obligatoirement signer l'autorisation de sortie qui me sera remis-e pour que mon enfant puisse participer.

Date :

Signatures du-des parents, ou du  
responsable légal :



## AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION (Pour mineurs)

**Dans le cadre des Accueils de Loisirs EbulliScience®, votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation signée, pris en photo/filmé...Après les vacances, et dans la mesure du possible, nous enverrons les photos de la semaine aux familles concernées. Également, via cette autorisation, vous acceptez que la photo de votre enfant puisse être publiée dans le cadre décrit ci-dessous.**

**Si vous choisissez de ne pas remplir ce document, nous ne prendrons aucune photo de votre enfant pendant sa semaine de centre.**

Je, soussigné(e), M. Mme ..... parent(s) ou responsable légal du mineur.....demeurant

au.....autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur prise dans le contexte précédemment exposé.

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice.

J'autorise cette diffusion à titre gracieux sur les réseaux de diffusion d'EbulliScience (site internet <http://www.ebulliscience.com/>, facebook <https://www.facebook.com/ebulliscience>, etc.)

Je garantis EbulliScience contre tout recours ou action émanant de toute personne qui aurait des droits à faire valoir sur la présente autorisation de diffusion pendant la durée d'exploitation du film.

<b>La mère</b>	<b>Le père</b>	<b>Le-la responsable légal</b>
Nom, prénom :	Nom, prénom :	Nom, prénom :
date et signature :	date et signature :	date et signature :

Je, soussigné(e), (nom et prénom de l'enfant inscrit à l'alsh) ..... , autorise la diffusion d'images me représentant dans le cadre du projet décrit ci-dessus.

Date et signature de l'enfant mineur



1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table for medical history with columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Includes sub-columns for RUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non  S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES